275

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 juin 1889, à 1 heure

Par GILBERT GAUMÉ

Né au Mans (Sarthe), le 2 janvier 1862

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôpital du Mans

ÉTUDE

SUR LA

PURPURA RHUMATOIDE

NÉVROPATHIQUE

Président de la Thèse : M. PETER.

Jury : MM. { HUTINEL, professeur. LANCEREAUX, agrégé. QUINQUAUD, id.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. BROUARDEL.

Professeurs :	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GABIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DAMASCHINO
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER

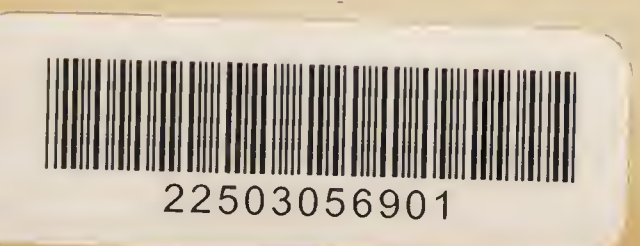
Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	Ribemont-Dessaignes.
BLANCHARD.	HANRIOT.	POUCHET.	A. ROBIN.
BOUILLY.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	REMY.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REYNIER.	
DEJERINE.	PEYROT.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.


22503056901

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de mon respect et de ma profonde affection

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PETER
Professeur de clinique médicale à l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR DELENS
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
(Externat 1886)

A MES CHEFS A L'HOPITAL DU MANS
(Internat 1886-89)

AVANT-PROPOS

L'idée première de notre thèse nous a été donnée par le souvenir absolument vivace d'une longue et très-douloureuse maladie que nous fîmes, il y a une douzaine d'années. Nos souvenirs personnels ont été complétés et contrôlés par ceux des médecins et autres personnes qui nous ont soigné à cette époque. C'est ainsi que nous avons pu rédiger notre observation IX.

Nous regrettons cependant de n'avoir pu la faire plus détaillée, mais il nous était impossible dans ces conditions de fournir les dates quotidiennes des faits.

Nous nous sommes efforcé de rester dans l'exacte vérité, et de décrire simplement la maladie dans ses divers stades.

Ayant eu l'occasion pendant notre internat au Mans d'observer un autre cas (obs. VII), offrant une certaine analogie avec ce que nous avions éprouvé, nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de publier ces deux observations, et nous avons recherché ce qui avait pu être publié à ce sujet, afin de compléter notre travail. Nous nous sommes surtout inspiré des travaux de MM. Faisans et Mathieu.

CHAPITRE I

DU PURPURA EN GÉNÉRAL

Le terme de purpura dans son acception la plus vraie ne désigne qu'une manifestation cutanée représentée par des pétéchies et des ecchymoses à développement spontané.

Employé seul, il ne désigne qu'un symptôme que l'on rencontre dans un grand nombre d'affections.

Mais il est loin d'en être toujours ainsi et l'éruption cutanée fait le plus souvent partie d'un syndrôme clinique; elle peut être accompagnée d'hémorrhagies diverses, épistaxis, hématémèses, enterhorragies, etc., de manifestations articulaires, œdèmes, douleurs, ou viscérales, vomissements, coliques.

Rappelons en peu de mots les caractères bien connus de l'éruption purpurique : elle est constituée par des pétéchies ou des ecchymoses. Les pétéchies sont de petites taches punctiformes ou lenticulaires, rouges à leur début, puis jaunâtres et violacées; de forme et de dimension variables, elles sont indolentes et ne disparaissent pas à la

pression ; elles n'offrent généralement pas de relief. Elles sont constituées par du sang épanché dans l'épaisseur de la peau au-dessous de l'épiderme. Par ordre de fréquence, elles se montrent d'abord aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs, au tronc et enfin au visage où elles sont exceptionnelles. De confluence très-variable, elles sont augmentées par la marche ou la station debout prolongée et diminuées au contraire, par le décubitus horizontal.

Elles procèdent généralement pas poussées successives, de telle sorte qu'on en trouve sur le même membre à des degrés divers d'évolution.

Les ecchymoses ne diffèrent des pétéchies que par leur plus grande étendue et leur irrégularité.

De même que certaines éruptious cutanées revêtent facilement le type hémorrhagique (érythèmes polymorphes, zonas, etc.), de même l'on voit souvent les pétéchies être accompagnées de lésions érythémateuses diverses (urticaire, érythèmes papuleux), ou succéder à ces éruptions.

Nous trouvons une bonne description de cette forme dans la thèse de Laget : du purpura simplex à forme exanthématique (Paris 1875).

CHAPITRE II

HISTORIQUE ET CLASSIFICATION

Signalé par Hippocrate (de internis affectionibus. Sect. 5) et par Celse (de re medica, livre II. sect. 7), le purpura est considéré jusqu'au 17° siècle comme un symptôme du scorbut; Lazare Rivière en 1684 le sépare de cette maladie et dit avoir observé des éruptions de taches pourprées ne s'accompagnant d'aucun symptôme fébrile, chez des femmes mal réglées et des enfants à l'approche de la puberté.

Mais il nous faut arriver en 1735, pour en trouver dans le chapitre « de variolis et antracibus » des œuvres médicales de Werlhoff, 1er médecin du roi d'Angleterre à Hanovre, une description sous le nom de Morbus maculosus hœmorrhagicus, auquel en 1794, son élève Wichmann ajoute celui de Werlhofii.

En 1775, Graff en publie une description complète dans sa dissertation « de petechiis sine febre.

Citons encore Adair, qui lui donne le nom de hœmorrhœa peteschialis (Edimbourg 1879); Willan et Rateman, qui en font un exanthéme pouvant se placer à côté de la rougeole et de la scarlatine; pour Gibert, c'est une lésion de la peau, une maladie maculeuse; Alibert le place à côté des pétéchies, dans les dermatoses hémateuses consécutives à une altération du sang; Cazenave en fait une hémorrhagie; Hardy, dans son article purpura du dictionnaire de médecine et chirurgie pratique se range à ces deux dernières opinions.

L'obscurité qui couvre encore en grande partie la pathogénie de cette affection explique les nombreuses théories et classifications auquel elle a donné lieu. Nous allons rapidement les passer en revue.

La première classification, la seule pendant longtemps, est celle adoptée par Willan et Bateman qui reconnaissent 5 variétés de purpuras: 1° simplex, 2° hémorrhagica, 3° urticans, 4° senilis, 5° contagiosa.

Bucquoy, dans sa thèse inaugurale; en décrit 4 formes: 1° purpura sthénique, actif ou aigu, 2° purpura asthénique, passif ou chronique, 3° purpura primitivement aigu passant ensuite à l'état chronique, 4° purpura aigu sthénique ou asthénique revêtant la forme des fièvres éruptives.

Dans le traité d'anatomie pathologique de Lancereaux nous trouvons une nouvelle pathogénie de l'hémorrhagie et par suite du purpura: « Le sang, dit-il, ne peut s'échapper du cercle sans issue, où il est enfermé que par trois ordres de lésions : ou bien ce sont les parois vasculaires, ou c'est le système nerveux, ou c'est le sang lui-

même qui subissent l'influence pathologique ». D'où cette division naturelle.

1° Hémorrhagie par altération du système circulatoire ou angiopathique.

2° Hémorrhagie par désordre du système nerveux ou névropathique.

3° Hémorrhagie par altération du sang ou hémopathique.

Nous retrouvons cette classificetion dans la thèse de Mathelin qni divise les purpuras en : 1° angiopathique, 2° nevropathique, 3° hémopathique, 4° mixtes.

La thèse d'agrégation de M. du Castel, nous donne une autre classification basée cette fois-ci sur la clinique et peut-être plus rationnelle. « Le purpura, dit-il, survient dans deux conditions bien différentes : tantôt chez des sujets en bonne santé, dans le cours d'états pathologiques encore mal définis, c'est le purpura primitif ; tantôt au contraire dans le cours d'états morbides bien connus, auxquels il se rattache manifestement, c'est le purpura secondaire. Les purpuras primitifs comprendraient : 1° le purpura simplex, 2° le purpura hémorrhagique, 3° les purpuras exanthématique et rhumatismal, 4° le purpura d'origine nerveuse.

Dans les purpuras secondaires se rangeraient : 1° les purpuras cachectiques des affections chroniques, 2° le purpura sénile, 3° les purpuras infectieux des grandes pyrexies, 4° les purpuras mécaniques consécutifs à une exagération de la tension sanguine.

Dans la dernière édition (1886) de son traité des mala-

dies de la peau, le professeur Hardy divise les purpuras en 5 variétés: 1° purpura exanthématique, 2° purpura cachectique, 3° purpura infectieux et toxique, 4° purpura névropatique, 5° purpura mécanique. Mais ajoutait-il, en dehors des considérations pathogéniques, je pense que le purpura peut exister comme une maladie primitive et idiopathique, et même, serait-il secondaire, il se présente toujours dans deux variétés distinctes, décrites séparément par les auteurs classiques, le purpura simple et le purpura hémorrhagique. »

Terminons cette énumération par la classification proposée par M. Mathieu dans sa thèse (1). C'est du reste à cette division basée sur la pathogénie clinique de l'affection que nous nous rallions; elle nous semble la plus rationnelle et la plus simple. Deux grandes classes de purpuras:

1° Purpuras de cause générale.
2° Purpuras de cause locale.

Dans la première catégorie rentrent les purpuras ayant pour cause: l'hemophilie, le scorbut épidémique et sporadique, l'arthritisme, les cachexies et anémies, le mal de Bright, les affections nerveuses, peur, émotions, nervosisme, les infections et enfin les intoxications.

Dans la deuxième catégorie, rentrent les purpuras ayant pour cause: les affections des voies circulatoires, les affections nerveuses locales ou localisées, affections limi-

(1) Mathieu. Purpuras hémorrhagique. Essais de nosographie générale. Th. Paris 1883.

tées des centres neveux ou des nerfs, enfin les inflammations ou éruptions diverses devenant accidentellement hémorrhagiques.

Nous avons dit au commencement de ce chapitre, que si l'éruption purpurique pouvait à elle seule constituer l'affection ou être seulement accompagnée d'un léger malaise, il était loin d'en être toujours ainsi, et que le plus souvent elle faisait partie d'un syndrome clinique complété par des hémorrhagies diverses, et des manifestations articulaires ou viscérales.

C'est une de ces formes complexes à manifestations multiples qui va maintenant nous occuper.

Dans les diverses classifications que nous avons citées, nous l'avons vue appelée, purpura névropathique et purpura rhumatoïde. Nous croyons pouvoir à l'exemple de M. Mathieu l'appeler purpura rhumatoïde névropathique, cette dénomination nous semblant mieux qu'aucune autre donner idée des symptômes et de la pathogénie de l'affection.

Après en avoir rappelé les symptômes et en avoir présenté quelques observations nous exposerons les diverses théories pathogéniques auxquelles elle a donné lieu et nous chercherons à déterminer quelle peut être la meilleure.

CHAPITRE III

PURPURA RHUMATOIDE NEVROPATHIQUE

Cette forme à laquelle se rapporte le plus grand nombre des cas communément observés, est caractérisée dans ses grandes lignes par l'éruption purpurique, des douleurs articulaires, des œdèmes et des manifestations gastro-intestinales, vomissements, coliques, diarrhées. De la combinaisons et de l'intensité variables de ces divers éléments, résultent des formes cliniques différentes, mais le type général reste le même.

Hénoch a le premier indiqué cette forme de purpura, M. Couty en 1886 en a publié un nouveau cas beaucoup plus complet que nous rapportons plus loin et a nettement démontré l'influence nerveuse. M. Faisans en a fait l'objet principal de sa thèse inaugurale sur le purpura myélopathique. Enfin M. Mathieu, tant dans sa thèse, que dans son récent article « purpura » du dictionnaire encyclopédique s'est efforcé de montrer que, tout en admettant l'intervention non douteuse du système nerveux,

une cause générale dominait toutes ces manifestations et que cette cause était l'athritisme. Nous reprendrons ces diverses opinions à propos de la pathogénie.

Quoiqu'il en soit, ce groupe clinique comprendrait depuis le purpura simplex limité aux jambes avec quelques douleurs rhumatoïdes légères. jusqu'aux formes les plus graves du purpura généralisé, avec hémorrhagies internes et manifestations viscérales intenses.

Il est aussi variable dans sa durée que dans sa forme, et on l'a vu persister des mois et même des années.

De même, nous verrons que ces diverses manifestations sont loin d'être parallèles, et que le plus souvent l'une d'elle par son intensité laisse les autres dans l'ombre.

Dans un certain nombre des observations que nous allons citer, nous trouverons mentionnés divers troubles de la sensibilité, hyperesthésie ou analgésie, ou de la motilité, faiblesse extrême des membres. — Ces symptômes qui n'ont pas toujours été recherchés, peuvent cependant par suite de leur fréquence, être ajoutés à ceux que nous ayons déjà décrits et servir de preuve à l'influence nerveuse dans cette affection.

Nous allons classer autant que possible nos observations par ordre de gravité en allant de la forme légère à la forme grave.

Une observation de M. Bucquoy, nous fournit un exemple de la forme légère ; remarquons y en passant la forme annulaire de certaines pétéchies, qui font penser à l'érythème circiné.

Observation I

(*Bucquoy. Th. Paris* 1855)

Un homme de 25 ans, éprouve le 25 mai, quelques frissons, un peu de lassitude, des douleurs dans les jointures ; des taches purpuriques se montrent sur les jambes, il se fait du gonflement des jambes et des coudes. Le 6 juin, pas de fièvre, pas de chaleur à la peau, forces conservées ; poussée de pétéchies sur les membres inférieurs et le dos. Le 8, à la suite d'une promenade, il se fait du gonflement des mains sans douleur à la pression. Il n'y a toujours pas de fièvre. Le 10, gonflement de la moitié supérieure de l'avant-bras droit, la peau est tendue, chaude et rouge nouvelle poussée pétichiale sur les cuisses. Le 14 petites ecchymoses sur les cuisses et les bras ; quelques unes sont de forme annulaire ; les gencives sont douloureuses et saignantes. Le 27, gonflement des deux jambes, éruption d'une grande quantité de taches nouvelles.

Des accidents analogues se succèdent jusqu'au commencement de juillet.

Cette observation ne nous offre que deux ordres de symptômes, douleurs rhumatoïdes avec œdème, et éruption purpurique. Dans celle qui suit et que nous avons prise dans le traité des maladies des enfants de Barthez et Rillet, nous allons voir apparaître les troubles viscéraux et sensitifs.

Observation II

(*Barthez et Rillet*)

Garçon de 3 ans, s'étant toujours très-bien porté, est pris brusquement de douleurs dans les pieds, qui enflent ainsi que les bourses ; le 3e jour, l'anasarque augmente et l'on remarque une éruption de taches rouges. Pas de dévoiement, pas d'épitaxis. Vomissements. Sensibilité de la peau au niveau des macules. Au bout de huit jours, l'amélioration s'accentue, l'œdème se dissipe et les taches disparaissent peu à peu.

Rapprochons de cette observation la suivante que nous trouvons dans l'abrégé pratique des maladies de la peau de Willan (Trad. Bertrand 1820) et nous aurons passé en revue tous les symptômes ds l'affection qui nous occupe : œdème, douleurs articulaires, éruption purpurique, vomissements, coliques, troubles de la sensibilité.

Observation III

(*Willan : loc. cit.*)

Nous trouvons chez une femme de 36 ans pendant 8 jours des vomissements bilieux, de violentes douleurs intestinales, quelques selles noirâtres. Le 9e jour. éruption de purpura sur tout le corps ;

le 3e jour, l'éruption devient livide ; mains enflée ensuite, non douloureuses. Au bout de 4 jours, l'état devient meilleur, Quelques gonflements œdémateux des pieds et des mains sans purpura, puis tous rentre dans l'ordre.

Dans les observations qui vont suivre, nous trouverons généralement tous ces symptômes et nous pourrons remarquer, comme pour cette dernière, où l'éruption n'arrive que le 9e jour de la maladie, combien sont variables, et leur ordre de succession et leur intensité.

Observation IV

(Ollivier d'Angers. Arch. gén. de méd. 1827)

Fille de 3 ans, forte, bonne santé.

20 *juillet.* — Dans la nuit, pieds douloureux, gonflés, ecchymoses multiples, peau sèche, brulante, ventre douloureux.

22 *juillet.* — Face bouffie, paupières très-œdémateuses, avant-bras œdémateux, conjonctives et muqueuses saines, pas de soif, ecchymoses sur les membres, les unes verdâtres, les autres rongés ; 120 pulsations, ventre douloureux, constipation, anorexie.

23 *juillet.* — Disparition de l'œdème, nouvelles taches ; mains et avant-bras nouvellement œdématiés, peau chaude.

25-26 *juillet* — Mieux prononcé ; plus d'ecchymoses cutanées.

27 *juillet.* — Avant-bras gauche œdématié ; quelques ecchymoses ; un peu plus tard pieds et jambes gonflés et douloureux et aussi ecchymotiques.

28 *juillet.* — Nouvelles ecchymoses ; on a constaté sur ma de-

mande que ces épanchements sanguins se formaient presqu'instantanément ; douleurs de ventre, anorexie.

29-30 *juillet.* — Disparition des ecchymoses ; enfant gai, jouant, sommeil, anorexie.

31 *juillet.* — Démangeaisons aux jambes, les unes blanches ortiées, les autres rouges ; soif nulle, nuit calme.

1er *août.* — Appétit. Toutes les taches sont devenues rouges ; joues gonflées, douloureuses, coliques, évacuations sanguinolentes.

4 *août.* — Disparition des taches ; gonflement œdémateux à la moitié droite de la lèvre supérieure et à la paupière gauche ; sommeil.

6 *au soir.* — Nouvelles ecchymoses, coliques, ténesmes, selles demi-liquides.

8 *août.* — Ecchymoses devenues verdâtres, coliques, sans nouvelle éruption.

Les coliques devinrent moins vives, moins fréquentes, puis disparurent vers le 21. Les œdèmes et les ecchymoses se reproduisaient de temps en temps, mais l'état-général était bon, l'appétit revenu, quand tous les accidents reparurent : coliques, tuméfaction des paupières et du front, ecchymoses larges. A la fin d'août, nouveaux accidents très passagers, puis guérison.

Deux choses nous semblent remarquables dans cette observation : d'abord la formation instantanée des ecchymoses, puis l'apparition de l'urticaire. Nous aurons du reste occasion de revenir sur ces manifestations franchement nerveuses on arthritiques.

Observation V

(*Hénoch. — Berliner Klin.*)

Demoiselle de 11 ans, bien portante. En été 1872, douleurs

rhumatismales tibio-tarsienne et hanche droite, disparaissant rapidement.

En juillet 1873, douleurs rhumatismales des mains et des pieds sans gonflement; bientôt après, éruption de purpura aux membres inférieurs, fièvre modérée, anorexie, vomissements, coliques, selles solides mêlées de sang, urine normale.

En 5 semaines, trois attaques analogues à intervalles de 8 à 9 jours.

Subitement se développent des douleurs dans le bras gauche et le coude droit, et la nuit suivante du 23 au 24 juillet, coliques des plus terribles, vomissements verdâtres, selles orangées, mêlées de coagula sanguins.

Jour suivant, pouls régulier, 104, température normale.

25 *juillet*. Selle liquide noire ; pouls irrégulier à 60. Jusqu'au 30, amélioration complète. On observe encore quelques restes de purpura, et tout se maintient jusqu'en septembre, où il y eut une 5e attaque, qui, comme me l'annonça son père, fut plus intense encore. Depuis, autant que je sache, pas de nouveaux accidents.

M. Hénoch, présente encore trois autres observations et n'hésite pas à établir entre les accidents une succession constante. 1° douleurs articulaires, 2° purpura, 3° troubles gastro-intestinaux. — Nous avons déjà vu, qu'il était loin d'en être toujours ainsi.

Observation VI

(*H. Mollière*, — *Lyon médical* 1874)

Homme de 48 ans, santé antérieure excellente, pas d'alcoolisme. Il y a 4 ou 5 ans, pneumonie aiguë. Naguère, grande se-

cousse normale à la suite d'un accident. Il y a huit jours, violent effort, dans lequel il se fit une pointe de hernie. Symptômes dans le cours de l'affection : faiblesse, diarrhée accompagnée de violentes coliques, taches pétéchiales sur certains points du corps, léger œdème des membres, pas trace d'albumine dans les urines, pouls normal, rien à l'auscultation.

Plusieurs fois ce malade éprouve des angoisses avec menace de syncope ; alors surviennent des fourmillements dans les membres, et il voit apparaître des taches ecchymotiques : en même temps, il éprouve un sentiment d'éblouissement et de vertige. Cet accident lui est déjà arrivé à plusieurs reprises et avant la maladie qui l'a conduit à l'hôpital. Ces taches qui se trouvaient un peu partout, siègent surtout au coude et au genou gauche. Le malade entré le 1er juin 1867, sort le 12 juillet, à peu près dans le même état, et on ne l'a plus revu.

Cette observation, tout en nous semblant bien pouvoir rentrer dans le cadre que nous nous sommes tracé, pourrait être rapprochée de ces cas assez nombreux de purpuras traumatiques dont nous trouvons une bonne étude dans la thèse de Berne (1884).

Ces deux formes peuvent du reste souvent, croyons-nous, être rapprochées l'une de l'autre, et il n'y a peut-être que peu de différence entre le purpura survenant à la suite d'un traumatisme sans lésion et celui succédant à une secousse morale vive.

Observation VII (personnelle)
(Recueillie à l'hôpital du Mans)

Gigon, Joséphine, 9 ans 1/2, entre le 4 janvier 1888, à l'hôpital du Mans, pour adénites suppurées des ganglions axillaires et

cervicaux. Assez grande, intelligente, elle a toujours été délicate. Pas d'antécédents maternels ; le père serait strumeux. A cinq ans, a eu la coqueluche, et il y a un an la rougeole.

Au mois de novembre 87, première éruption de purpura aux membres inférieurs, accompagnée de courbature générale ; pas de fluxions articulaires ni de manifestations viscérales.

Au mois de novembre, seconde éruption analogue, mais, nous dit la mère, l'enfant aurait alors pissé du sang et eu de la diarrhée noire et fétide, ainsi que des coliques.

4 *janvier* 1888. — Entrée à l'hôpital. L'état général semble assez bon, l'appétit est conservé, mais l'enfant est pâle, apathique, se fatigue et s'essoufle facilement ; elle est triste et resterait assise toute la journée, si on ne la forçait un peu à jouer dans le jardin. Nous ne constatons rien au cœur ni aux poumons. A ce moment il n y a pas de purpura. Traitement : huile de foie de morue, sirop de raifort, vin de gentiane.

5 *janvier*. — Eruption brusque, mais peu intense de purpura aux membres supérieurs et inférieurs, principalement du côté de l'extension ; pas de troubles viscéraux, pas de fluxions ni de douleurs articulaires. Courbature générale. Repos au lit. Régime léger. Lait. L'éruption évolue normalement et disparaît peu à peu.

12 *janvier*. — Nouvelle éruption purpurique, aussi brusque, mais plus accentuée que la première ; courbature générale, grande faiblesse, douleurs musculaires vagues des membres ; vomissements bilieux assez abondants, quelques coliques, pas de diarrhée.

Régime lacté. Perchlorure de fer 1 gr. Potion de Rivière.

Cet état dure trois jours, puis tout se calme, et l'éruption disparait peu à peu, mais incomplètement.

Jusqu'au 14 février, tout va assez bien, l'enfant ne se plaint pas, se lève, est assez gaie, mais toujours très-faible.

14 *février*. — Nouvelle éruption accentuée des quatre membres, fluxion articulaire douloureuse du genou droit, un peu d'hydarthrose ; vomissements bilieux, coliques assez intenses, diarrhée noire et fétide.

19 *février*. — Recrudescence de l'éruption; vomissements, coliques et melœna comme le 14.

Cet état persiste pendant environ trois jours, puis les symptômes aigus s'amendent, mais l'éruption ne disparait toujours pas complètement.

Pendant le mois de mars et le commencement d'avril, les crises se produisent à intervalles variables et présentent à peu près les mêmes symptômes : fatigue extrême, vomissements, melœna ; les douleurs et l'œdème sont toujours peu accentués et dans l'intervalle des crises, l'état général continue à être assez bon, malgré la grande faiblesse de l'enfant.

Le 29 avril, la petite malade sort sur la demande de ses parents qui veulent l'emmener à la campagne.

Dans cette observation, nous sommes surtout frappé par l'état de faiblesse extrême si accentué au moment des crises et s'améliorant toujours un peu dans leur intervalle.

Les quatres observations suivantes montreront des types d'une bien plus grande intensité.

Observation VIII

(*Rendu. Ann. de dermatologie*, 74-75)

Agathe S..., 24 ans; belle santé, mais tempérament nerveux, jamais d'attaque d'hystérie proprement dite, mais depuis l'âge de 18 ans, est sujette aux douleurs de névralgie, aux tiraillements d'estomac; a eu une légère atteinte de rhumatisme articulaire.

Depuis deux semaines environ, malaise, fatigue, inappétence, sans pourtant se sentir sérieusement malade.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, elle assiste à l'accouchement fort laborieux d'une de ses parentes, ce qui l'impressionne vivement. Le lendemain parurent ses règles plus tôt que de coutume, et en même temps survint une éruption de plaques semblables à de l'urticaire au niveau des cuisses, avec sensation de chaleur et de prurit intense. Le jour suivant, elle essaya de se lever, mais les deux jambes enflèrent simultanément, en même temps que sur leur face externe apparaissaient symétriquement des saillies papuleuses et des taches purpuriques. L'éruption ne se borna point aux membres inférieurs, le soir même elle s'était généralisée aux bras et à la partie supérieure de la poitrine, en respectant le dos, la face, le cou et l'abdomen.

Les taches purpuriques moyennement confluentes, formaient des groupes dont on pouvait parfaitement apprécier la disposition symétrique aux jambes, aux cuisses et aux bras. Les genoux et les pieds étaient indemnes. Chaque tache se montrait au centre d'une élevure papuleuse à large base, assez semblable aux éléments de l'urticaire.

Il existait de plus une tension et un œdème diffus du tissu cellulaire, assez considérable pour empêcher complètement la flexion de la jambe. Sur d'autres points, cet empâtement était circonscrit et formait de grandes plaques fort douloureuses, qui se développaient en quelques instants avec tous leurs caractères. C'est ainsi que sous mes yeux, et pendant que j'examinais la malade, une fluxion de ce genre se produisit au niveau de l'articulation du pouce sur les deux mains. Sur ces plaques d'œdème la sensibilité est très-nettement modifiée ; il existe une hyperesthésie et une hyperalgésie non douteuse et au contraire un certain degré de thermo-anesthésie.

A part quelques tiraillements d'estomac, santé générale bonne, pas de chloro-anémie.

6 *Mai.* — L'œdème a disparu, les taches de purpura sont déjà moins animées que la veille, mais le soir, il se fait une poussée d'œdème limitée au côté droit du corps ; hypéresthésie et de plus sensation de froid continuelle.

7 *Mai.* — Vomissements bilieux avec douleurs épigastriques, violentes, irradiations abdominales, état nerveux prononcé.

Le purpura loin de s'accentuer pâlit, et l'œdème des membres a disparu. — Les troubles viscéraux durent pendant deux jours.

11 *Mai.* — Les douleurs ont disparu, les vomissements ont cessé, et le purpura est réduit à l'état de macules d'un jaune verdâtre, mais le lendemain, sans cause connue de nouvelles coliques surviennent, s'accompagnant encore de vomissements bilieux et simultanément, une poussée de taches purpuriques se montre aux membres inférieurs et sur l'abdomeu.

14 *Mai.* — Cessation des troubles viscéraux. Quelques taches nouvelles apparaissent sur le bord interne des deux pieds.

15 *Mai.* — L'éruption continue et occupe les jambes, les cuisses, les deux seins et les bras; elle s'accompagne de sensation de picotement et de chaleur avec œdème passager du tissu cellulaire, et hyperesthésie à ce niveau.

17 *Mai.* — Réapparition avec de l'érythème papuleux au niveau du coude, des symptômes viscéraux : coliques, vomissements. Ils persistent pendant cinq jours, et ne sont nullement influencés par l'application d'un vésicatoire morphiné sur l'épigastre. — Pendant cette période, il ne se fait pas une seule tache de purpura, et les anciennes pâlissent.

23 *Mai.* — Disparition des symptômes viscéraux, petite poussée de purpura sur le bord interne du pied et sur le dos des phalanges des orteils de chaque côté; simultanément, léger œdème, mais sans fourmillement, ni picotement.

27 *Mai.* — Nouvelles ecchymoses au sein et à la face interne des cuisses.

6 *Juin.* — Il ne se reproduit aucun symptôme jusqu'à ce jour; la malade demande sa sortie.

Cette observation nous semble remarquables à différents points de vue ; nous y voyons d'abord l'influence bien nette de l'arthritisme : la malade est sujette aux né-

vralgies, aux tiraillements d'estomac, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire; dans le cours de la maladie, elle présente simultanément avec l'éruption purpurique, de l'urticaire et de l'érythème papuleux.

L'influence nerveuse ne nous semble pas moins évidente : émotion vive au début, symétrie de l'éruption, développement instantané de plaques œdémateuses, œdème unilatéral des membres, troubles de la sensibilité.

Observarion IX. — (*Personnélle*)

Garçon de 15 ans, délicat, tempérament nerveux ; pas d'émophilie héréditaire, père et mère bien portants ; l'arthritisme est représenté dans la famille très nombreuse, par des névralgies, des rhumatismes aigus et chroniques, des dyspepsie et de la lithiase biliaire. — A eu la rougeole il y a quelques années, et il y a un an une scarlatine de forte intensité.

Novembre 1876. — L'affection débute brusquement, ou tout au moins à peu près sans prodomes ; un peu de lassitude, de courbature générale à la fin de la journée, voilà tout, puis tout-à-coup apparaissent les macules purpuriques, localisées aux deux jambes et symétriquement, surtout du côté de l'extension. Cette éruption assez discrète, survient à la fin de la classe du soir, s'affaiblit pendant la nuit et reparait le soir vers la même heure ; elle est à chaque fois accompagnée d'engourdissement des membres inférieurs et d'une sensation douloureuse ; un peu d'œdème périmolléolaire disparaissant avec le repos. L'état général reste bon, l'appétit ne diminue pas ; pas de céphalalgie, pas de troubles gastro-intestinaux.

Au bout de quelques jours, les parents remarquant que l'enfant semble plus fatigué le soir que d'habitude, l'interrogent, apprennent les éruptions quotidiennes et consultent un médecin. Régime amère et antiscorbutique.

L'enfant continue à aller au Lycée, mais loin de s'améliorer les phénomènes s'aggravent. Les éruptions deviennent plus abondantes, gagnent les membres supérieurs, les œdèmes s'accentuent ainsi que l'arthralgie des articulations tibio-tarsiennes.

Enfin, quinze jours environ après le début de la maladie, l'enfant rentre le soir plus fatigué encore que d'habitude, se couche et est bientôt pris de vomissements bilieux d'une extrême abondance et très-douloureux. Au bout d'une heure et demi environ tout se calme, la nuit est bonne.

Pendant les quelques jours qui suivent, sous l'influence du repos, les phénomèmes diminuent, mais sans disparaître complètement. Il se produit de nouveaux vomissements bilieux, toujours très-douloureux, et accompagnés de coliques sèches ; pas d'hémorrhagies viscérales, pas de diarrhée mais bien plutôt de la constipation.

L'état général reste bon, à part de la faiblesse et cette sensation de fatigue qui existe depuis le début de l'affection. Repos prolongé pendant tout le mois de décembre.

Janvier 1877. — L'amélioration semblant réelle, bien que le purpura n'ait jamais complètement disparu, le malade reprend ses études : mais au bout de quelques jours, tous les symptômes reparaissent avec une nouvelle acuité.

Ce qui nous frappe surtout dans cette nouvelle période, c'est la netteté de la forme paroxystique quotidienne des symptômes. Chaque jour, vers la fin de la classe du soir, apparaissent simultanément l'éruption purpurique des quatres membres, et les gonflements articulaires, occupant dès maintenant, non-seulement les articulations tibio-tarsiennes, mais celles du poignet, du coude, du genou, et même celles des doigts et rendant impossible l'usage de la main.—Bientôt la marche devient impossible, tant par-

suite de la faiblease croissante, que du gonflement des membres, qui est considérable et ne permet plus le port des chaussures.

Enfin vers le 15 janvier, l'affection prend d'un seul coup une marche beaucoup plus grave. Ce ne sont plus les manifestations éruptives et articulaires qui vont surtout occuper la scène, mais bien plutôt les troubles viscéraux.

Pas de fièvre, pas de lésions apparentes, rien au cœur, rien aux poumons.

Les crises viscérales se succèdent avec une grande fréquence et offrent entre elles la plus grande ressemblance.

Voici du reste comment les choses se passent : généralement dans la soirée, le malade devient triste, mal à l'aise, et brusquement est pris de douleurs vagues des articulations; bientôt et simultanément, se développent l'œdème peri-articulaire, et l'éruption purpurique plus accentuée au niveau des articulations, surtout du coude droit sur lequel le malade s'appuie généralement; elle occupe les quatre membres et les organes génitaux, jamais le thorax ni l'abdomen. Très-peu après le début de la crise surviennent les coliques, occupant tout l'abdomen, plus accentuées cependant dans la région épigastrique, augmentées par la palpation et que rien n'arrive à calmer; le malade cherche la position la plus favorable, et fuyant la lumière, se couche ou sur le ventre, ou sur le côté, les cuisses dans la flexion, ramenées contre l'abdomen. La moindre chose l'énerve et augmente la crise, et il demande le repos absolu.

Les vomissements bilieux, sans être absolument constants, viennent le plus souvent compliquer la scène, tantôt dès le début, tantôt dans le cours de la crise; ils sont toujours très abondants et excessivement douloureux.

Pendant la crise, les coliques sont généralement sèches, mais à la fin, assez souvent, mais non toujours, se produit une débâcle très-abondante de matières semi-liquides, noires et fétides. Dans l'intervalle des crises, constipation opiniâtre nécessitant l'emploi répété des laxatifs.

Ces crises durent environ 24 à 36 heures, sans guère varier

d'intensité pendant tout ce temps et en se terminant, laissent le malade dans un profond état d'abattement et de lassitude, que le sommeil fait assez rapidement disparaître.

Février. — Pendant la seconde quinzaine de janvier et le mois de février, les crises se succèdent à des intervalles irréguliers, mais elles varient peu d'intensité ni de forme. Le mélœna continue à être assez rare, pas d'épistaxis, ni d'hématémèse. Cependant l'état général s'aggrave peu à peu, et le malade devient de plus en plus émotif.

Aussi croyons-nous pouvoir faire entrer en ligne cet état nerveux pour expliquer la régularité que vont reprendre les crises.

Mars, avril. — Pendant ces deux mois, nous les voyons en effet se rapprocher et bientôt revenir régulièrement tous les trois jours et à peu près à heure fixe; elles augmentent en même temps d'intensité, et le mélœna devient plus fréquent.

Dans l'intervalle des crises, l'état nerveux reste très accentué, l'imagination du malade travaille, et il voit avec effroi arriver le moment où ces douleurs terribles qu'il redoute doivent recommencer.

Ne pourrait-on pas voir dans cet état de nervosisme coïncidant avec le retour régulier des crises, une sorte d'auto-suggestion, quelque chose d'analogue à ces cas cités par le professeur Parrot dans son remarquable travail sur la sueur de sang et les hémorrhagies névropathiques, où l'on voit la malade arriver presqu'à volonté à produire les hémorrhagies.

L'état général s'aggrave, l'amaigrissement et la faiblesse sont considérables.

Mai. — Pendant la première quinzaine, pas de changement, mais la deuxième voit se produire une amélioration assez sensible ; une légère alimentation est mieux supportée et à la fin du mois les forces sont un peu revenues et le malade peut sortir quelques instants par jour du lit qu'il n'avait quitté depuis le commencement de février. Cependant les crises continuent, mais elles s'éloignent un peu, et sont moins régulières.

Juin. — Pendant la première quinzaine, bien que tous les sym-

ptômes persistent, l'alimentation continue à se faire de mieux en mieux, et les forces reviennent suffisamment, pour que l'on se décide à envoyer le malade en Bretagne, le changement d'air, espère-t-on, pouvant lui faire le plus grand bien. Il part donc le 20 juin, pour une ville de Bretagne à peu de distance de l'Océan.

Juillet-Août. — Pendant les deux mois qu'il y passe, l'état général s'améliore de plus en plus, les forces reviennent et il arrive à se nourrir à peu près comme tout le monde. Les crises cependant continuent à se produire, mais tous les sept ou huit jours seulement ; elles ont conservé la même intensité douloureuse et la même durée.

Pendant cette période, nous voyons dans toute sa force la cause émotive : le malade avait le plus grand désir de voir la mer, et à toutes les fois qu'une partie fut projetée, la joie détermina une crise d'une grande violence.

A la fin d'août l'état général est relativement bon malgré la persistance des crises, et le 20 août, le malade rentre chez ses parents.

Le surlendemain de son retour, crise complète, mais de peu d'intensité. Une dizaine de jours après, nouvelle crise peu douloureuse, très-courte. Ce fut la dernière. Le malade se rétablit alors très-rapidement et peut bientôt reprendre ses études.

Depuis, il n'a eu qu'une seule fois une éruption purpurique au mois de janvier 1881 ; cette éruption s'accompagna d'un peu d'œdème malléolaire, sans manifestations viscérales, fut de courte durée, et ne récidiva pas.

L'histoire du malade ne nous semble pas terminée à cette date car pendant cinq ou six ans encore, il a présenté des symptômes qui offrent, croyons-nous, des rapports avec l'affection précédente. Nous noterons la tendance aux névralgies et aux érythèmes, se manifestant surtout par des névralgies intercostales, de l'urticaire et l'apparition, sous le coup de la moindre émotion d'une sensation intense de picotements, de démangeaisons et de chaleur dans diverses parties du corps, au front et sur le trajet des nerfs intercostaux en particulier.

Ce qui est plus intéressant encore, c'est la présence, pendant cette période, de l'albumine dans les urines. Peut-être existait-elle avant, mais ce n'est que par hasard, que le sujet de notre observation s'en aperçut en analysant son urine. Cette albuminurie très variable, de 2 et 3 grammes à quelques centigrammes, augmentait sous l'influence de la fatigue ou du froid ; les symptômes ordinaires de l'albuminurie ont toujours fait défaut : pas d'œdèmes, parfois un peu de céphalalgie le matin au réveil, mais rarement.

Depuis deux ans, tous ces symptômes ont disparu, et l'analyse de l'urine faite fréquemment avec soin, n'a plus révélé trace d'albumine.

Ne pourrait-on pas voir là une forme d'albuminurie par modification dans les conditions mécaniques de la circulation rénale et y appliquer ce que dit M. le professeur Jaccoud des albuminuries nerveuses, dans son article « albuminurie » du dictionnaire de médecine et chirurgie pratique : « L'influence du système nerveux est indirecte, c'est par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins dont il modifie le diamètre et la contractibilité, que les nerfs agissent sur la sécrétion ; sous l'influence de la dilatation paralytique de ces petits vaisseaux, résultat du trouble survenu dans l'innervation vaso-motrice, les conditions physiques de la circulation sont changées et la stase artificielle produite dans le tissu rénal devient la cause mécanique de l'albuminurie. »

De cette observation, nous pourrions rapprocher le fait suivant, qui offre plus d'un rapport avec elle.

Observation X. (*Personnelle*)

Un de nos amis, actuellement médecin aux environs de Paris, d'un tempérament arthritique bien déterminé, ayant même eu

des attaques de rhumatisme articulaire, présente depuis longues années ce phénomène bizarre que les émotions vives, les fatigues, un bal, une soirée théâtrale, même, suffisent pour déterminer chez lui une éruption de purpura, ayant pu aller plusieurs fois jusqu'à l'hématurie.

Dans sa première année de pratique médicale, il contracte une scarlatine grave. Un certain temps après, l'idée d'une néphrite si fréquente à la suite de cette fièvre éruptive, le conduit à analyser ses urines et il y constate la présence de l'albumine en faible quantité. Il y a trois ans de cela environ ; l'albumine a persisté sans changement notable, et n'a jamais donné lieu aux symptômes habituels.

L'état général est très bon. Les éruptions purpuriques, qui s'étaient présentées longtemps avant la scarlatine, ont continué à se produire dans les mêmes circonstances.

Observation XI

(*Faisans. Thèse, Paris* 1882)

Homme de 36 ans, journalier, entré le 15 juin 1880 à Necker, salle St-Louis, lit n° 27, service de M. Grancher. Vigoureux est bien constitué, pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie antérieure importante N'a jamais souffert des articulations.

2 *juin.* — Sans cause appréciable, douleurs assez vives dans le genou droit, le lendemain genou gauche et enfin le 3e jour, articulations tibio-tarsienne ; articulations rouges, gonflées et chaudes. Le malade s'était aperçu dès le premier jour que ses deux jambes étaient couvertes au niveau du mollet de petites taches lie-de-vin. Au bout de quelques jours ses taches disparaissent, mais sont

remplacées par de nouvelles occupant les fesses, les cuisses et les jambes.

16 *juin*, — Entrée à l'hôpital ; les douleurs articulaires ont gagné successivement les deux coudes et les deux poignets ; les articulations des membres inférieurs sont encore douloureuses et tuméfiées. La moitié inférieure du corps est couverte d'une abondante éruption de purpura. En y regardant de plus près, on voit que ces taches ne sont pas disséminées au hasard, mais qu'elles sont en rapport avec la distribution des nerfs, et confluentes dans toute la région du nerf sciatique et de ses branches. Ce qu'il y a de plus frappant, c'est la symétrie parfaite avec laquelle ces taches sont distribuées sur les membres inférieurs, jusque dans les moindres détails. Sur le tronc, éruption abondante, mais symétrique de chaque côté de la colonne vertébrale dans les régions lombaire et dorsale ; peu accentuées sur le pénis, elles sont plus nombreuses et plus grandes sur le scrotum.

Même symétrie aux membres supérieurs, aux coudes et aux poignets. Rien sur le thorax, ni à la face. État général satisfaisant. Rien aux viscères, urine normale, ni albumine, ni sucre.

18 *juin*. — Quelques taches sur la face, exactement symétriques, et correspondant au point d'émergence du nerf sus-orbitaire et à celui du sous-orbitaire. A eu hier une épistaxis abondatne.

19 *juin*. — Troisième groupe symétrique au-dessous du trou mentonnier.

La nuit dernière, le malade a été pris tout-à-coup de douleurs abdominales assez intenses et a eu plusieurs garde-robes composées de matières glaireuses mélangées de sang. Ce sang, un verre environ, est rouge et provient certainement des dernières portions de l'intestin. Ce matin le ventre est douloureux à la pression au niveau de l'S iliaque, l'état général devenu grave ; température 38, 2 ; facies pâle, langue épaisse, fuligineuse, gencives tuméfiées, violacées saignent légèrement au niveau de leur bord libre. Nouvelle épistaxis.

20 *juin*. — Les coliques ont diminué, les selles ont le même aspect. Ce matin vomissements glaireux et bilieux, accompagnés de vives douleurs épigastriques, malade affaissé.

21 *juin*. — Les coliques ont encore diminué; selles moins fréquentes, contiennent encore un peu de sang mélangé à des matières glaireuses. L'éruption des membres continue à pâlir. Sur le front, au milieu des anciennes taches, 6 à 8 nodosités grosses comme des lentilles, dures, incolores : hémorrhagies intra-dermiques, qui n'ont pas encore apparu sous l'épiderme.

22 *juin*. — Ces saillies sont remplacées aujourd'hui par des taches d'un rouge vif, encore un peu saillantes ; à leur niveau, la sensibilité à la douleur est manifestement émoussée. De nouvelles taches sont apparu à la partie antérieure des articulations scapulo-humérales redevenues douloureuses : toujours même symétrie, et diminution de la sensibilité de la peau au niveau des taches.

23 *juin*. — Le malade se sent mieux.

24. — Nouvelle éruption à la partie antero-externe et supérieure des deux cuisses sans nouvelles douleurs.

Etat général toujours peu satisfaisant, langue sèche fuligineuse; gencives boursouflées, ulcérées; sur la langue et à la face interne des lèvres, ulcérations assez grandes, opalines, ressemblant à des plaques muqueuses.

28 *Juin*. — A deux reprises, vomissements de matières bilieuses, sans douleur épigastrique; état général meilleur.

29 *Juin*. — Nouvelle poussée aux bras.

1er *Juillet*. — Amélioration sensible. Apparition d'une parotidite douloureuse à gauche.

6 *Juillet*. — Même état. A droite, gonflement douloureux de la région sus-hyoïdienne au niveau de la glande sous-maxillaire.

10 *Juillet*. M. le docteur Campenon fait une incision au niveau de la parotide gauche : très-petite quantité de pus grisâtre, granuleux.

25 *Juillet*. — Malgré la parotidite qui n'est pas terminée et à nécessité deux nouvelles incisions, l'état général a continué à s'a-

méliorer; le malade a retrouvé son appétit, ses forces reviennent rapidement; plus de douleurs articulaires, ni de poussées éruptives.

Partout où il a existé une tache, on trouve une élevure papuleuse, dure et presque cornée, de coloration cuivrée ou brune. — A ce niveau, léger degré d'analgésie, qui diminue chaque jour.

Observation XII. — (*Résumée*)

(*Couty. Gaz. hebdom.* 1876)

Charles G..., 13 ans, entre le 20 mars 1876 au Val-de-Grâce service de M. Villemain. — Pas d'antécédents héréditaires, hémophiliques ou autres, pas de maladies antérieures, pas de diathèses, scrofule, etc., mais l'enfant est peu musclé, pâle, d'aspect anémique ; muqueuses légèrement décolorées ; pas de souffles cardiaque ou vasculaire; viscères normaux, hormis le corps thyroïde qui forme une masse bilobée, légèrement douloureuse à la pression, sans consistance spéciale, et assez volumineuse, environ comme un petit œuf de poule étalé ; cette tumeur aurait toujours existé, d'après l'enfant. L'état général est bon, l'appétit conservé ; pas de fièvre, pas de céphalalgie, pas de troubles viscéraux. On constate sur la peau des pétéchies assez abondantes, mais bornées aux membres inférieurs et supérieurs; cette éruption du purpura s'est faite la veille. 19 *mars*. — Dans l'après-midi, sans cause appréciable, sans prodrome, ne s'est accompagnée d'aucun trouble; toutes les muqueuses sont saines, uniformément colorées; pas d'albumine dans les urines.

Le 21 *et le* 22, l'état général reste bon, les taches sont en voie

de résorption, quand le soir du 22 l'enfant est pris de coliques violentes qui empêchent le sommeil ; pas d'évacuation alvine, pas de vomissements.

23 *Mars*. — Plus de coliques, malade un peu fatigué.

25 *Mars*. — Etat général redevenu bon, quand se produit brusquement une nouvelle poussée de purpura.

26 *Mars* — On constate outre ces taches un œdème péri-malléolaire, mal limité, peu rouge, qui persista quatre ou cinq jours, rendant les mouvements du pied douloureux sans empêcher la marche. — Le soir nouvelles coliques et quelques vomissements verdâtres.

28 *Mars*. — Taches nouvelles, œdème presque disparu ; état général bon.

4 *Avril*. — On croyait l'enfant guéri ; 4e éruption de purpura considérable sur les membres et portant aussi sur le tronc, sans modification marquée de l'état général.

Le 8 *Avril*. — Coliques très-violentes toute la journée, vomissements répétés. La nuit sommeil.

9 *Avril*. — Plus de coliques. Le soir nouvelle éruption très-abondante, sur les membres, le prépuce et même la face et le tronc. Etat général bon.

Le 13 avril dans la nuit, coliques violentes et vomissements verdâtres, qui persistent le 14 au matin ; le ventre est très rétracté, douloureux à la pression légère ou profonde. Il y a une seule selle solide normale. Pas de troubles généraux.

Le 15 les coliques persistent.

Le 16. Plus de coliques, inappétence.

Le 17. Appétit revenu. Dans la nuit deux selles glaireuses, jaunâtres, mêlées de 30 à 40 grammes de sang très rouge.

Le soir très légère épisaxis.

Le 18, coliques violentes accompagnées de vomissements ; deux selles demi solides, très noires, mélaniques.

20 avril. — Le matin meilleur état, le soir coliques et vomissements ; dans la nuit, légère éruption de purpura sur les bras.

Le 21 numération des globules sanguins 2.800.000.

22 avril. — Coliques violentes et vomissements, œdème léger et indolent des paupières.

Le 24, les coliques cessent pour reparaître le 26.

29 avril, 1er et 3 mai. — Trois éruptions peu abondantes de purpura.

Le 5 mai. — Crise viscérale. Puis meilleur état, un peu d'appétit, légère constipation, quelques coliques, quelques taches.

11 mai. — Le malade se promenait, quand il fut pris à 3 h. du soir de coliques atrocements douloureuses.

Je pus l'observer à 3 h. 1/4 et constater une éruption de taches très nombreuses, rouge vif, légèrement saillantes à la vue et au toucher, siégeant sur tout le corps et principalement au niveau des articulations. Les coliques excessives arrachent des cris au malade qui est replié sur lui-même, le facies étiré presque abdominal. Le ventre est rétracté surtout vers l'épigastre, la face est pâle, les extrémités froides, température 36° 6, pouls 56 à 60, très irrégulier ; le ventre devient douloureux à la pression. L'éruption n'a pas augmenté, les coliques et les vomissements persistent plusieurs heures.

12 mai. — Plus de coliques ; les taches devenues violettes ne sont plus saillantes.

Jusqu'au 23 juin, quelques coliques, mais de faible intensité. Le malade part en convalescence le 23 juin.

CHAPITRE IV

DES DIVERSES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

Dans les faits que nous venons de citer, malgré les variations que nous rencontrons dans la succession et l'intensité des symptômes, nous pouvons cependant les ramener à trois ordres de déterminations.

1° Déterminations rhumatoïdes.

2e Phénomènes gastro-intestinaux.

3° Manifestations cutanées, qui comprennent des pétéchies, des ecchymoses, des érythèmes, des œdèmes.

Nous avons pu nous rendre compte que rarement la balance était égale entre ces diverses manifestations.

Ce qui est constant c'est l'évolution caractéristique des accidents : ils se produisent brusquement, le plus souvent sans cause apparente, sans intervalle fixe en général et disparaissent de même après une durée variable. Ils présentent en un mot la marche symptomatique irrégulière des affections névropathiques. La plus grande ressemblance existe en particulier entre les crises gastro-intestinales de cette forme de purpura et celles de l'ataxie loco-

motrice. Il se fait sans doute du côté du tube digestif une manifestation parallèle à celle de la peau et des jointures.

L'idée d'une influence nerveuse dominant le purpura n'est du reste pas absolument nouvelle et au commencement du siècle, un médecin de Lyon, Gilibert (1741-1814) pensait déjà que cette affection pouvait être considérée comme une anomalie de la circulation et être rangée parmi les ataxies, ce qui se rapproche de la théorie vasomotrice actuelle.

L'origine névropathique de certains purpuras, est du reste incontestable et un grand nombre de faits de purpuras hémorrhagiques, à la suite d'émotions vives, d'accès de colère, de frayeur, ont été publiés par les auteurs qui se sont occupés de la question.

Nous n'en citerons qu'un cas emprunté à Gilibert, et nous rappellerons simplement à ce sujet, le travail déjà cité du professeur Parrot, et l'observation connue de M. Lancereaux.

Observation XIII

(*Gilibert*)

Un homme d'un âge mur, robuste, plein de santé, habitant la petite ville d'Anduse dans le Languedoc, est arrêté par l'effet d'une méprise de police pendant la terrreur ; on lui rend bientôt la liberté, mais en rentrant chez lui, il s'aperçoit qu'il a le corps cou-

vert de taches rouges. Les plus petites étaient grandes comme une lentille, et les plus considérables, comme nos moindres pièces de monnaies en argent. Il perdit quelques gouttes de sang par le nez. Deux jours après, il rendit par les selles, une grande quantité d'un sang noir et coagulé. Cette hémorrhagie alvine devint excessive en très peu de temps et le malade mourut tout-à-coup sur sa chaise percée.

Pendant la courte durée de cette affection, le sujet ne se plaignit point. Au contraire quand on l'interrogeait sur sa santé, il répondait toujours, qu'il ne se sentait aucun mal.

Nous pouvons encore placer parmi les purpuras franchement névropathiques, la transformation hémorrhagique assez fréquente du zona, les purpuras locaux des névrites, des névralgies, d'un grand nombre d'altérations médullaires, ataxie locomotrice, myélite transverse, myélite par compression, méningo-myélite tuberculeuse, etc.

Le Dr Chevalier (Thèse de Paris 1877) cite un cas de variole survenue chez un malade atteint de sclérose en plaques avec phénomènes moteurs presqu'uniquement marqués du côté droit; deux jours après l'éruption, les pustules du côté droit seules devinrent hémorrhagiques.

M. Strauss (des ecchymoses tabétiques à la suite des crises de douleurs fulgurantes. In arch. de neurologie 1880-81) a mis en lumière, la relation qui existe entre certaines hémorrhagies cutanées et les lésions spinales de l'ataxie locomotrice. Leur apparition coïnciderait toujours avec l'apaisement des douleurs ; elles occuperaient toujours les membres ou le segment du membre qui est le siége principal des douleurs.

Vulpian a vu aussi les crises gastriques d'un de ses

malades atteint d'ataxie locomotrice, coïncider avec des éruptions de roséole limitée au tronc.

L'influence du système nerveux dans ces derniers faits est bien évidente. Il n'y a du reste là rien que de normal, si l'on songe que par l'intermédiaire des vasomoteurs, les nerfs règlent et modèrent la circulation dans les divers départements vasculaires, et que les centres nerveux jouissent par rapport aux autres tissus d'un véritable pouvoir trophique.

L'influence du système nerveux une fois admise, et les nerfs périphériques ne pouvant être mis en cause, la généralisation des hémorrhagies et leur symétrie, commandant une localisation plus élevée, on ne peut dès lors incriminer que le système ganglionnaire ou le système cérébro-spinal

De là deux théories, l'une soutenue par MM. Couti et Mathelin, met en cause le système du grand sympathique; l'autre émise par M. Faisans et incriminant le système postérieur de la moëlle, est plus généralement admise.

Exposons ces deux théories.

Dans sa thèse (1877) M. Mathelin classe ainsi les hémorrhagies nerveuses :

1° Hémorrhagies d'origine encéphalo-rachidienne (surtout viscérales).

2° Hémorrhagies névropathiques ou par émotion (hémathydrose-hystérie).

3° Hémorrhagies sympathiques (purpura nerveux).

Les hémorrhagies des centres encéphalo-rachidiens, dit-il, peuvent, comme on le sait, donner lieu à des hémorrhagies variées, mais surtout des viscères thoraciques et abdominaux; elles siégent sur les poumons, l'estomac, les reins, les capsules surrénales, mais non sur la peau.

C'est aussi ce qu'avait écrit précédemment M. Couty; il ajoutait que les malades dont il rapportait les observations n'avaient présenté aucun des symptômes caractéristiques d'une lésion encéphalo-rachidienne, ni troubles moteurs paralytiques ou autres, ni troubles sensitifs ou intellectuels.

Tout en admettant l'analogie entre les crises de purpura et celles de l'ataxie, il les identifiait davantage avec les coliques saturines, que M. Vulpian expliquait par l'action du plomb sur les plexus solaires el les plexus intra-pariétaux.

En résumé, MM. Couty et Mathelin concluaient à une excitation du grand sympathique.

Pour M. Faisans, au contraire, seule une lésion de la moëlle, peut rendre compte et de la symétrie parfaite de l'éruption et de sa disposition régulière sur le trajet des branches nerveuses et des troubles de la sensibilité, symptômes dont nous trouvons un grand nombre d'exemples dans les observatious que nous avons citées et sur l'absence desquelles MM. Couty et Mathelin se basaient en partie pour conclure à l'action du grand sympathique. Quant aux arthropathies, M. Faisans cite 3 observations de Talamon, Mitchell et Rendu, prouvant que certaines affections de la moëlle, peuvent se compliquer d'arthro-

pathies aiguës à forme inflammatoire, multiples et mobiles.

Les troubles viscéraux, avons-nous dit, peuvent être comparés à ceux des ataxiques : douleur surtout épigastrique, survenant brusquement, pouls tantôt ralenti, tantôt accéléré, vomissements bilieux très pénibles, laissant dans l'intervalle les fonctions stomacales intactes.

Les œdèmes sous-cutanés eux-mêmes n'éloignent pas l'idée d'une cause médullaire, car les infiltrations du tissu cellulaire sont chose commune chez les malades atteints d'hémiplégie ou de paraplégie.

Quant au siége et à la nature de la lésion, à défaut de preuve anatomo-pathologique, l'analogie symptomatique avec l'ataxie (trouble de la sensibilité, arthralgies, troubles gastro-intestinaux), semble indiquer le système postérieur de la moëlle.

Certaines expériences de MM. Vulpian et Brown-Séquard sur les foyers d'origine des nerfs vaso-moteurs, conduisent à la même conclusion.

D'après M. Vulpian, les foyers d'origine des nerfs vaso-moteurs du tronc, de la tête, des membres, seraient situés dans la substance grise de la moëlle épinière ; ces foyers peuvent être le point de départ d'actions vasculaires réflexes. Ils sont tous mis en relation avec le bulbe rachidien par des éléments médullaires ; le bulbe peut par conséquent avoir une action d'ensemble sur tous les nerfs vaso-moteurs. M. Vulpian a démontré en outre, que les traumatismes des centres nerveux peuvent déterminer la production d'hémorrhagies dans diverses parties du corps : une section des parties supérieures de l'isthme encépha-

lique produit une dilatation plus ou moins marquée des vaisseaux abdominaux et une coloration rouge violacée de la muqueuse intestinale, couverte de mucus sanguinolent ; une lésion des parties supérieures de la protubérance peut donner lieu à des lésions intestinales.

Pour M. Brown-Séquard, les fibres vaso-motrices naîtraient de la moëlle à des hauteurs variables ; d'autres filets vaso-moteurs assez nombreux montraient jusqu'à la protubérance et quelques-uns jusqu'au cervelet et à d'autres parties de l'encéphale. Il a observé des ecchymoses et des hémorrhagies pulmonaires après des lésions du pont de varole, des ecchymoses de l'estomac après les lésions des couches optiques, et plus fréquemment après celles de l'isthme de l'encéphale.

De l'observation clinique des faits, ainsi que des expériences physiologiques, il semble donc bien résulter que c'est l'action médullaire qui doit être mise en cause et que la lésion anatomique serait une altération diffuse et de nature congestive du système postérieur de la moëlle (Faisans).

Ne peut-on chercher plus loin dans la pathogénie de l'affection, et ne peut-on penser qu'une cause générale domine toutes ces manifestations.

Dans un grand nombre d'observations, on voit jouer un rôle étiologique important à la fatigue, à l'épuisement nerveux, au surmenage, au froid. Mais, ce que l'on découvre aussi souvent chez les malades, c'est la présence de l'arthritisme, soit par des manifestations antérieures, soit dans le cours de l'affection.

Dans 12 observations de M. Lallier, citées par M. Mathieu, nous trouvons quatre fois l'arthritisme. Nous le trouvons également quatre fois bien franchement dans celles que nous rapportons, et de plus, dans le cours de la maladie, nous en voyons souvent paraître des manifestations.

Il nous semble donc pouvoir nous rallier à l'opinion émise par M. Mathieu. Nous ne saurions mieux faire, pour terminer que de citer cet auteur : « Ces accidents, dit-il, sont fréquents surtout chez certaines personnes qui forment la tribu nombreuse des rhumatisants, des arthritiques, des herpétiques (de Lancereaux). — Tous, en tous cas, sont des névropathes. C'est le nervosisme, la susceptibilité nerveuse, qui constitue le fond de leur tempérament; entre ce nervosisme et le neurasthénie, pas de limite sensible.

Il existerait donc, chez ces malades un instrument tout disposé à certaines manifestations névropathiques, comprenant trois ordres de phénomènes : articulaires, gastro-intestinaux, cutanés.

Cet instrument semble être la moëlle ; en tous cas, c'est le système nerveux.

Les causes de mise en jeu, seraient le plus souvent la fatigue, le surmenage, le froid (Mathieu, art. PURPURA. *Dict. encyclopédique*).

CONCLUSION

I° Il existe une forme de purpura, caractérisée par une éruption généralisée, assez exactement symétrique, et disposée sur le trajet des nerfs ; cette éruption est accompagée dans les cas types, de troubles de la sensibilité, d'œdèmes sous-cutanés, d'arthralgies et d'accidents intestinaux.

II° La cause immédiate de ces manifestations, semble être une altération diffuse et de nature congestive du système postérieur de la moëlle.

III° Une cause générale, semble y présider, et cette cause serait l'arthritisme.

Vu : *le Président de thèse,*
PÉTER

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Barthez et Rillet. — Traité des maladies des enfants.

Bucquoy. — Du purpura. Thèse, Paris, 1855.

Berne. — Etude sur quelques cas du purpura traumatique. — Th. Paris, 1884.

Couty. — Sur une espèce de purpura d'origine nerveuse. Gaz. hebd., Paris, 1876.

Ducatel. — Des diverses espèces de purpura. Th. agrégation. 1883.

Faisans. — Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique. Th. Paris, 1882.

Hardy. — Art Purpura. Dict. de méd. et chir. prat. Traité des maladies de la peau, 1886.

Laget. — Etude sur le purpura simplex à forme exanthématique. Th. Paris, 1875.

Lancereaux. — Anatomie pathologique. T. I, p. 564.

Mathieu. — Purpuras hémorrhagiques. Essais de nosographie. Th. Paris. 1883.

Art. Purpura. Dict. encyclopédique.

Mathelin. — Etude sur différentes formes de la maladie de Werlhoff, et en particulier sur une forme d'origine nerveuse. Th. Paris, 1877.

H. Mollière. — Recherches cliniques sur la nosographie du purpura hémorrhagique. Lyon, méd. 1874.

Parrot. — Etude sur les sueurs de sang et les hémorrhagies névropathiques. — Gazette hebdom., 1859.

Renaut. — Art. Hémorrhagies. Dict. encyl.

Rendu. — Ann. de dermatologie, 1874-75.

Strauss. — Arch. de Neurologie, 1880-81.

Vulpian. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Chapitre I. — Du purpura en général	6
Chapitre II. — Historique et classifications	8
Chapitre III. — Purpura rhumatoïde névropathique	13
Chapitre IV. — Des diverses théories pathogéniques	37
Conclusions	45
Index bibliographique	46

Paris. — Imprimerie des Écoles, Henri Jouve, 23, rue Racine, 23